Lucile Poumarat-Pralus*

Mots clés : *Encoprésie*
Constipation fonctionnelle
Douleurs
Explorations
Examens
Traitements
Rééducation

L'encoprésie

L'encoprésie est une affection commune de l'enfant.
L'étymologie du mot encoprésie vient du grec ancien kopros « excrément » avec le préfixe en, « dans » soit littéralement le « fait de déféquer dans sa culotte ».
Cette dénomination a été introduite en 1926 par Joseph Weissenberg pour définir l'équivalent fécal de l'énurésie.
Le but de cette présentation est de décrire l'encoprésie en présence et en l'absence de constipation fonctionnelle, de décrire les modes d'explorations et de traitements de ces enfants ainsi que les résultats des différents traitements.

Définition: L'encoprésie est cliniquement définie par l'évacuation involontaire et régulière de matières fécales.
La définition retenue est celle du manuel diagnostic des troubles mentaux: émission involontaire de selles formées, semi-formées ou liquides chez un enfant ayant atteint l'âge mental de 4 ans et exempt d'affection neurologique sous-jacente ou de lésions organiques et les malformations de types maladie de Hirschsprung ainsi que les troubles métaboliques, comme l'hypothyroïdie.
*« Le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** (du titre original anglais, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (**DSM**), publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), est un manuel de référence classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et recherches statistiques de troubles psychiatriques spécifiques. Il est utilisé aux États-Unis, et internationalement à travers le monde, par les cliniciens, chercheurs, psychiatres et compagnies d'assurance santé et pharmaceutiques ».*

Diagnostic
Nous retiendrons deux formes d'encoprésie en fonction des circonstances d'apparition.
L'encoprésie primaire la plus fréquente environ 70% des cas, implique que le contrôle intestinal n'a jamais été acquis et que la malpropreté se maintient au delà de 3 ans
La constipation fonctionnelle est souvent la cause de cette affection
L'encoprésie secondaire implique que la propreté a été acquise, puis perdue ultérieurement. Elle survient après une période de continence fécale d'au moins un an chez des enfants entre 4 et 8 ans, mais aussi après une période de propreté souvent imparfaite, disent les parents.

Caractères sémiologiques. D'autres distinctions interviennent**:**
L'encoprésie rétentive ou rétentionnelle associée à une constipation fonctionnelle.
Ici l'enfant présente des périodes plus ou moins longues de constipation au cours desquelles il accumule les matières fécales dans l'ampoule rectale, avec parfois formation d'un fécalome qui devra être enlevé chirurgicalement. La rétention ne se fait pas parfaitement de sorte que des pertes de selles se produisent par débordement, c'est à dire que tout ce qui est liquide autour du fécalome s'écoule.
La majorité des enfants encoprétiques environ 95%, présentent une encoprésie de type rétentif. Elle est à part égale dans les deux sexes.

L'encoprésie non rétentive non rétentionnelle
Ici l'enfant présente constamment un problème de perte des matières fécales, il a tendance à le faire dès qu'il en ressent le besoin où qu'il soit, à l'école, à la maison, dans ses sous vêtements et dans ce cas la quantité exonérée peut être est importante il peut s'agit là, d'une véritable défécation.
L'encoprésie de type non rétentif est plus fréquente chez les garçons que chez les filles avec un rapport de **3 à 1.**
Cependant on observe parfois des formes mixtes, c'est-à-dire passage d'une forme à l'autre, forme rétentive à une forme non rétentive ce qui montre bien que ces différences établies au niveau des mécanismes physiopathologiques, n'excluent pas un noyau psychopathologique commun en l'absence de toute affection organique.

Symptomatologie
L'encoprésie rétentive ou rétentionnelle, bien souvent, a été précédée d'une constipation opiniâtre pour laquelle différents traitements ont été essayés en vain, parfois il y a eu formation d'un fécalome intra rectal, qui a du être extrait sous anesthésie générale.
La rétention stercorale, entraîne des douleurs abdominales, mais on constate aussi des douleurs anales à la défécation, qui peut laisser le doute d'une fissure anale. L'examen médical de la région anale tranche ce doute**.**
Le Rythme des contractions intestinales peut être perturbé voir inexistant, par la consistance des selles, dures ou molles et forment un obstacle à l'installation de la défécation ce qui amène à des rétentions stercorales importantes favorisant le mégacolon fonctionnel que l'on peut retrouver à l'âge adulte.
Cependant la fréquence des selles n'est pas un paramètre fiable, la fréquence de l'encoprésie varie donc de 2 selles par jour à au moins 2 par semaine avec une prévalence en fin d'après midi.
Le phénomène DOULEUR est souvent associé à ce type de symptôme, mais le plus souvent nous voyons rarement l'enfant à ce stade, le plus souvent c'est au stade de l'encoprésie que nous le voyons parce que là, ça embête toute la famille. L'encoprésie est donc le symptôme le plus tardif et le plus visible.
La douleur de l'enfant sera notée sur une échelle analogique visuelle (type flèche côté enfant chiffre côté praticien) et localisée sur un schéma anatomique simple (corps entier face/dos) intitulé « Dessine où tu as mal », par des couleurs, par exemple la couleur la plus foncée pour des douleurs les plus fortes, la couleur la plus clair pour les douleurs légères.
(Référence (Mieux vivre avec sa douleur Douleurs et enfant , (Dr F Hiszowski, Mme E Chaussin, Dr F Bourreau†) Edition scientifique LC (Sanofi aventis L'essentiel, c'est la santé).

Dans d'autres cas d' encoprésie non rétentive, il s'agit d'épisodes d'encoprésie sans constipation, liés à des troubles psychologiques, désir de vengeance à naissance d'un puîné , d'un frère ou sœur , difficultés scolaires ou familiales.
Les troubles psychologiques ne sont pas rares, un contexte familial, scolaire ou social perturbé peut être la cause de l'encoprésie.
On retrouve aussi chez ces enfants des troubles du comportement, (tics,) des troubles de coordination, des troubles du langage (jargonaphasie).
Parfois (plus rarement) une note psychiatrique importante est retrouvée**.**

Epidémiologie et prévalence
L'encoprésie est un problème fréquent chez l'enfant scolarisé en fonction de son âge
La fréquence est de 2,8% à 3% chez les enfants de 4 ans ; de 1,5% chez les enfants de 7 à 8 ans ; de 1,6 de 10 à 11 ans. On retiendra que près de 3% des enfants de 4 ans souffriraient d'encoprésie et 1,4% à l'âge de 7 ans.
Sexe ratio : Nette prédominance masculine **:** 2,3% de garçons, 1,3% de filles, mais la prévalence diminue avec l'âge pour disparaître en général à l'adolescence.

Causes et mécanisme
Théorie physiologique : certains auteurs ont émis l'hypothèse que l'encoprésie serait une sorte de défécation par débordement parce que la sensibilité rectale et la motricité des sphincter anaux seraient perturbés. En fait il n'en n'est rien, les études n'ont montré aucune anomalie physiologique. On n'a pas retrouvé de facteur génétique, ni pré ou post-nataux comme dans l'énurésie.
Par contre des facteurs relationnels affectifs et émotionnels sont présents
Dans certains cas les problèmes de propreté surviennent clairement à la suite d'un changement dans la vie d'un enfant et constitue un moyen immature de faire face à des stresses internes et externes.
Parfois la personnalité de ces enfants se caractérise souvent par des traits spécifiques.
Certains enfants ont également de la difficulté à devenir propres parce qu'ils ont un tempérament de type hyperactif.
Mais l'enfant peut être aussi être accaparé par les jeux, les activités et ne désire pas les interrompre pour se rendre aux toilettes.
Les enfants encoprétiques présentent souvent une importante problématique d'ordre anale, où la dynamique du contrôle du laisser aller n'est pas simple, alors que chez d'autres enfants, c'est une activité banale qui fait partie de la routine quotidienne.
Chez l'enfant encoprétique tout devient compliqué et chargé d'affectifs pénibles, agressivité, culpabilité, honte. C'est un enfant qui se retient trop ou trop peu !

Evolution clinique et pronostic
Conséquences physiologiques
La stagnation prolongée des selles dans l'ampoule rectale ou fécalome, peut entraîner une distension rectale, il y a perte du besoin celui-ci disparaît, pour ne revenir que de façon de plus en plus éloigné, créant des troubles de la compliance rectale et favorisant un mégarectum fonctionnel que l'on retrouve à l'âge adulte. Le fécalome peut par sa difficulté d'expulsion entraîner une fissure anale et réciproquement.
Ces anomalies sont la conséquence et non la cause de l'encoprésie, mais elles devront être prises en compte, notamment en ce qui concerne les troubles de la compliance rectale, pour le traitement et le suivi à long terme.

Conséquences psychologiques.
Les attitudes excessivement complaisantes ou hostiles de l'entourage de l'enfant risquent de renforcer la situation, soit parce que l'enfant est à l'aise dans son symptôme bien accepté par ses parents, soit parce qu'il s'engage dans une attitude d'opposition en réponse à l'hostilité de ses parents.
Des conflits névrotiques peuvent survenir, l'enfant utilise alors son symptôme pour s'en prendre à son entourage. Il peut aussi éprouver du plaisir en constatant le déchirement de ses parents engendré par son symptôme.
Il peut satisfaire des tendances masochistes inconscientes, par exemple s'il reçoit la fessée ou s'il est puni.

L'encoprésie peut être associée ou isolée
L'association à d'autres troubles de caractères psychosomatiques tels que des troubles du sommeil, des troubles de conduite alimentaire (boulimie) des troubles du comportement, (tics), des troubles de la coordination, (maladresse) des troubles du langage comme la jargonaphasie. Des difficultés au niveau scolaire chez des enfants qui marchaient bien jusqu'alors. On constat aussi la fréquence d'événement de vie pouvant s'inscrire dans un contexte « trangénérationnel », blocage psychologique, conflits, traumatismes vécus par les grands-parents, les parents, en somme des secrets de famille qui n'ont pas été dit devant l'enfant mais que celui-ci soupçonne sans savoir exactement de quoi il s'agit et qu'il ressent douloureusement se croyant fautif.
Pour détecter ce trouble la méthode la plus efficace est la psychogénéalogie qui va établir un lien entre le vécu émotionnel des ascendants liés à un événement traumatisant et les souffrances actuelles de l'enfant. L'origine de ce trouble ne se guérit pas mais il s'auto-guérit
Il est pratiqué par une (ou une) psychologue, d'où la relation professionnelle que nous nous devons d'entretenir, afin de travailler en binôme.
L'encoprésie peut être associée plus fréquemment à l'énurésie, dans un pourcentage de 1% d'encoprésie par rapport à 10% de cas d'énurésie au même âge.

Les explorations
Les explorations ne sont pas systématiques**,** elles seront orientées par les données de l'entretien et de l'examen somatique. La nature fonctionnelle de ce symptôme qui associe à la fois, **constipation et encoprésie**, n'impose le plus souvent aucun examen complémentaire, mais il convient d'éliminer une cause organique et seule la recto-manométrie, exploration peu invasive, indolore, ne demandant pas de préparation médicamenteuse, peut avoir un intérêt diagnostic et thérapeutique pour indiquer une rééducation par BFB.
L'abdomen sans préparation (ASP) quelque fois utilisé, montre une distension gazeuse mais la manométrie ano-rectale reste l'examen de référence qui sera passé chez un enfant de 6 ans environ.
Les capteurs utilisés sont des capteurs perfusés ou des sondes à ballonnets. Cette exploration est effectuée à l'aide d'une chaîne de pressions, par un enregistrement simultané en trois points : au niveau du réservoir rectal, de la partie haute du canal anal et de la partie basse du canal anal.
Les valeurs recherchées sont : la présence d'un réflexe anal inhibiteur (RRAI) et son seuil de déclenchement. Le réflexe recto anal inhibiteur peut avoir un seuil de déclenchement élevé, voir être faussement absent, du fait du mégarectum secondaire à la distension rectale prolongée.

L'examen somatique

L'examen de l'abdomen

La première approche sera l'examen spécifique de l'abdomen : la main du praticien habituée à la palpation abdominale relèvera un abdomen dur, tympanique, douloureux. Une masse abdominale est retrouvée dans 39 à 58% des cas.

Cette palpation suivi d'un massage spécifique de l'abdomen nous amène plus facilement à l'examen ano-rectal.

L'examen ano-rectal relève le plus souvent un rectum plein (31 à 88% des cas)

La contractilité, ou testing du sphincter anal externe (SAE) ainsi que des piliers des pubo-rectaux est normale, alors que dans le simulacre de la défécation on retrouve un asynchronisme abdomino-périnéal net (AAP) dans l'encoprésie rétentive.

L'examen ano-rectal : Utile ou inutile ? Beaucoup d'enfants que nous recevons ont déjà subit cet examen, on peut se poser la question : « Est-il utile de le répéter » ?

Il n'est pas inutile, car la région ano-périnéale est une région jamais clairement investie par la conscience de l'enfant et souvent mal intégrée au schéma corporel.

Cependant il restera dans les limites permises par l'enfant .Car si « la perception périnéo-sphinctérienne passe par le toucher, il n'en reste pas moins réel que la région ano-périnéale est, et doit rester une zone intimement protégée ».

L'examen ano-rectal de l'enfant se pratique en décubitus ou décubitus latéral.

Les mains gantées le praticien écarte doucement les fesses pour déplisser l'anus. Il relèvera un anus propre, une pathologie locale, anite, prurit, suspicion de fissure Le canal anal doit être souple, non douloureux, l'examen rectal permet de constater la vacuité de l'ampoule rectale.

Les Moyens thérapeutiques

Traitements médicaux oraux

L'encoprésie sera traitée comme une constipation fonctionnelle, le médecin ayant éliminé une cause organique, prescrira des laxatifs osmotiques régulateurs du transit et anti-spasmodiques (Type Forlax ®), ayant une autorisation de mise sur le marché spécifiquement pédiatrique. (AMM)

Des traitements médicaux locaux peuvent être prescrits, suppositoires, lavements. Toutefois cette prise en charge doit éviter diverses manœuvres centrées sur le sphincter anal ce qui peut renforcer l'érotisme anal.

La psychothérapie est une bonne indication dans les formes névrotiques mais s'avère plus délicate dans les autres formes.

Toutefois la rééducation conjointe à la prise en charge médicale et à une prise en charge psychologique est idéale afin d'éviter les dérives du tout gastro entérologique ou du tout psychologique. Tenir compte du vécu de l'enfant c'est prendre en compte la relation systémique c'est-à-dire tout ce qui gravite autour de lui, le contexte familial, scolaire et social mais aussi le personnel médical avec qui nous devons être en relation.

La rééducation

La rééducation est justifiée à partir de l'examen clinique et des examens complémentaires jugés nécessaires. Cette règle n'admet pas d'exception. Et les informations recueillies à partir des explorations complémentaires sont importantes**.** La rééducation utilisera des moyens thérapeutiques physiques et psychologiques qui toutes à des degrés divers ont leur importance.

Un protocole ?
Nous n'avons pas de protocole de rééducation mais nous avons des bases à respecter. Notre référence clinique sera le ROMPT.C'est un processus initié par Ratcliff, cité par Eric Viel dans le diagnostic kinésithérapique, « Le point en rééducation » n° 3 Masson 1995.Mais à ma connaissance le premier qui a utilisé le ROMPT dans la rééducation périnéale, c'est notre confrère Claude Max Cappelletti.
(Le ROMP a été mis au point par Ratcliff J. in:The problem-oriente approach to physical therapy care. Medical College of Georgia Atlanta, 1980--
Cité par Eric Viel dans Le diagnostic kinésithérapique: Le point en rééducation n°3 Masson 1998. (le diagnostic Kinésithérapique)

La rééducation…elle ne doit jamais s'attaquer directement au symptôme ! Les séances que nous faisons ne sont pas forcément des actes techniques, bien que ceux-ci soient favorables, souvent indispensables pour développer un schéma corporel ou rétablir une fonction perturbée.
Il faut penser aux violences sexuelles. Le Docteur Alain Wattier Gastro- entérologue et psychiatre nous l'enseigne dans sa publication sur le site www.journees-perineologie.com c'est ce que nous devons savoir, nous kinésithérapeutes-rééducateurs.
D'après le docteur Alain Wattier : 90% des abus sont perpétrés par des hommes, 70 à 80% des violeurs s'en prennent à des enfants, 30 à 35% des fillettes sont victimes d'agressions par un membre de la famille ou un proche.
Comment reconnaitre une violence sexuelle chez un enfant. L'élément le plus important de diagnostic d'abus sexuel, c'est une verbalisation créditée par la victime. Toutefois ce n'est pas au professionnel de santé d'établir la crédibilité de l'information, cette responsabilité revient au système judiciaire Le professionnel de santé doit présenter le cas avec le médecin devant un délégué de la police judiciaire ou un pôle de violence comme il en existe dans les CHU *actuellement mais en aucun cas il ne doit agir seul……*

La Ré-éducation en pratique. Comment ? Par les « Les passages »…..c'est une alliance de travail ! C'est une méthode personnelle. Comment s'y prendre, est détaillé dans les 7 passages, de la salle d'attente, numéro un des passages, au suivi qui est le passage numéro 7. Elle énonce les outils de la méthode des passages : Le « Livre du praticien» comment ça se passe quand tout va bien et quand tout va mal du côté « pipi » côté « caca ». Ce livre lu avec l'enfant si, il sait lire, ou avec les parents, est imagé pour le rendre plus attractif. Il est très compréhensible et suffisamment explicite.
« Le kit », est un livret illustré, destiné à l'enfant, composé de feuillets détachables, calendriers des urines, calendriers des selles à l'image du calendrier de l'état des selles de Bristol et illustré pour les enfants. Il comprend aussi les exercices fait au cabinet qui sont refait à la maison, il explique simplement par des dessins les bonnes positions au WC et les mauvaises positions, il comprend aussi une doc imagée sur la connaissance des aliments, une planche d'aliments pour coller les aliments que « tu préfères et ceux que tu déteste ».
On utilisera un kit pour les garçons, un kit pour les filles. Au risque d'enfoncer des portes ouvertes, je dirai qu'un garçon n'est pas une fille, une fille n'est pas un garçon. Il n'est pas question de parler de sexualité mais il faut savoir qu'elle est toujours sous-entendue au cours de nos séances et que nous devons en tenir compte.

Un arbre décisionnel est proposé pour le rééducateur avec une partie destinée à la symptomatologie et une autre à la rééducation.

Discussion. L'encoprésie est un symptôme remarquable par son aspect déroutant et déstabilisant, aussi bien pour l'enfant que pour les parents mais aussi pour le thérapeute. Mais

si l'encoprésie entraîne des inconvénients pour l'enfant et l'entourage elle implique souvent aussi des bénéfices primaires et secondaires souvent inconscients et déniés.
On peut dire que la méconnaissance de la constipation dans l'encoprésie et ses conséquences, explique le plus souvent, les retards diagnostics et thérapeutiques. Le traitement est mal connu et un suivi adapté permet des taux de guérison importants malgré des encoprésies parfois anciennes. Le diagnostic de l'encoprésie est trop tardif et la prise en charge souvent inadaptée. Il serait utile d'organiser une campagne d'informations, des médecins, des rééducateurs, des parents, sur la prévention, le dépistage, et le traitement de l'encoprésie afin de prévenir les conséquences psychologiques et organiques de ce trouble

Conclusion : *« En tant que soignante, j'ai souhaité parler de cette pathologie trop souvent méconnue, ne sachant si par ailleurs en d'autres lieux, des prises en charge globalisées ont pu se mettre en place, espérant pour ces enfants encoprétiques une toujours et meilleure prise en compte de leur souffrance ».*

Lucile Poumarat-Pralus kinésithérapeute-périnéologue.

Bibliographie

Vera LOENING-BAUCKE,M.D. Département of pédiatrics, University of Iowa USA Acta Endoscopica Volume 32-N°3-2002
Boige; S Missonnier; B Descos; D Tenenbaum, F Gottrand; P Roy;Archives de pédiatrie (february 1998) ,5 (2), pg 237 N
C Dieckmann; M Larchet; I Paquot; M Belliche ; MP Cordier Kinésithérapie scintifique N° 362 décembre 1996
D Sibertin-blanc. C Vidailhet Développement du contrôle sphinctérien et ses troubles.. 2008
Guy Valancogne, D louis Kinésithérapie scientifique N° 362 décembre 1996
Donald Woods Winnicott. « Conseils aux parents ». Editions Payot Janvier 1995.
D. Aubert, G .Galli, A. Fotso. « Pathologie urinaire et ano-rectale chez l'enfant » . 2006
MF Cotte pédopsychiatre, hôpital Debrousse, Lyon(69).
Lucile Poumarat 'L'enfant propre mode d'emploi » p 76-78;éditions R JAUZE Paris 2010
Lucile poumarat « les embarras du ventre »p 72 -73-74 ; éditions R Jauze Paris 2011
Lewis SJ, Heaton KW Echelle de BRISTOL: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 1997;32:920-4.
Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research.Tech Coloproctol. 2001 Dec;5(3):163-4.
Serge Tisseron « Les secrets de famille » .Poche collection Que sai-je, octobre 2011.